

# 令和8年度 香芝市小児定期予防接種相互乗り入れ依頼書交付願

申請日 令和 年 月 日

香芝市長 様

被接種者は、下記のとおり希望の予防接種の対象条件に該当することを誓い、香芝市以外での定期予防接種を希望しますので、相互乗り入れ依頼書の交付を申請します。

## 記

申請者	氏名	(続柄 )		
	住所		TEL	
被接種者	フリガナ			
	氏名	( 男 ・ 女 )		
	生年月日	平成・令和 年 月 日	(満 歳 か月)	
	住所	香芝市	TEL	
保護者	氏名	TEL		
市外で接種する理由	(1) 他市町境界近くに居住等で、「かかりつけ医」が他市町であるため。 (2) その他 ( )			
接種予定日	令和 年 月 日 ・ 未定			
接種を希望する医療機関の所在地と名前	市・町			

予防接種の種類 \*希望のものを  内に○印、( ) 内の回数にも ○印をつけてください

	ロタ (ロタリックス 1回目・2回目)		BCG
	ロタ (ロタテック 1回目・2回目・3回目)		水痘 (1回目・2回目)
	B型肝炎 (1回目・2回目・3回目)		麻しん風しん(MR)混合 (1期・2期)
	小児用肺炎球菌 (1回目・2回目・3回目)		日本脳炎1期 (1回目・2回目)
	小児用肺炎球菌 追加		日本脳炎1期 追加
	五種混合 初回 (1回目・2回目・3回目)		日本脳炎2期
	五種混合 追加		ジフテリア・破傷風 二種混合
	ヒブ 初回 (1回目・2回目・3回目)		子宮頸がん予防(1回目・2回目・3回目)
	ヒブ 追加		

受付者 ( ) ・ 確認者 ( )